**DECLARAÇÃO**

NOME DO CANDIDATO, NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL, médico, CPF XXX.XXX.XXX-XX, CRM/MS nº XXXX, domiciliado em XXXXX, com endereço na XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, firma a presente declaração, conforme exigência da Resolução CFM 2.315/2022, para declarar, visando concorrer ao cargo de Conselheiro Federal efetivo junto ao CFM, que não possui qualquer outra causa de inelegibilidade.

Campo Grande, xxxxxxxx de 2023.

**NOME DO CANDIDATO ASSINADO**